

ECEAP

Форма для Зачисления Ребёнка

Эта форма на двух страницах. Пожалуйста, заполните обе

Пожалуйста, предоставьте информацию о ребёнке и семье, которая является верной на время зачисления.

Double-Boxed Areas are for Contractor/Site Staff Use Only
Места в двойной рамке только для служебного пользования

Информация о ребёнке. Предоставьте информацию, относящуюся к ребёнку.

1. Имя ребёнка: Фамилия: _____ Имя: _____ Отчество: _____
2. Номер социального обеспечения (SSN) ребёнка: _____ - _____ - _____ SSN неизвестен 3. Дата рождения ребёнка: ____/____/____ 4. Пол: М Ж
5. Адрес: _____ Город: _____
 Штат: _____ Почтовый индекс: _____ - _____ 6. Округ: _____
7. Школьный район (если известно): _____
8. Домашний телефон: (____) _____ - _____ Раб. тел./телефон для сообщений: (____) _____ - _____ Тел. для связи в чрезвычайной ситуации: (____) _____ - _____
9. Этническое происхождение/раса: Вы латиноамериканского/испаноязычного происхождения? Да Нет
 Вопрос о латиноамериканском/испаноязычном происхождении относится к этнической, а не расовой принадлежности. Пожалуйста, продолжайте отвечать на вопрос, отметив один или более квадратиков, чтобы обозначить, к какой расе вы себя относите:
 Белый Чёрный или афро-американец Американский индеец или уроженец Аляски Азия Уроженец Гаваев/уроженец островов Тихого океана Какая-либо другая раса: _____
10. Языки, на которых говорят дома: Основной _____ Второй _____
11. У ребёнка есть Индивидуальный План по Образованию (IEP): если отмечено, укажите школьный район: _____
12. Ребёнок проживает (отметьте только один квадратик):
 а) Только с матерью Только с отцом С обоими родителями
 С приёмным(и) родителем(ями) С бабушкой или дедушкой (с обоими) Другое: _____
 С матерью и отчимом С отцом и мачехой
 б) Отметьте, если бездомный:

Информация о родителях Предоставьте информацию о родителях/мачехе, отчине, относящуюся к условиям проживания ребёнка.

13. Отношение к ребёнку:	<input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Мачеха	<input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Отчим
14. Фамилия:		
15. Имя, инициал отчества:		
16. Номер социального обеспечения:	_____ - _____ - _____ <input type="checkbox"/> SSN неизвестен	_____ - _____ - _____ <input type="checkbox"/> SSN неизвестен
17. Дата рождения (мм/дд/гггг):		
18. Обведите кружком количество лет обучения:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED (свидетельство о среднем образовании) 13 14 15 16 17 18	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED (свидетельство о среднем образовании) 13 14 15 16 17 18
19. Обведите кружком какую-либо образовательную программу или программу по обучению, где родитель занимается в настоящее время (для программы обучения под рубрикой «Другое» дайте описание):	Классы для получения свидетельства GED / Средняя школа / Грамотность / Community College (Районный колледж) / Высшее учебное заведение / Проф.-тех. / ESL (классы по изучению английского / Even Start/ Ничего / Другое _____	Классы для получения свидетельства GED / Средняя школа / Грамотность / Community College (Районный колледж) / Высшее учебное заведение / Проф.-тех. / ESL (классы по изучению английского / Even Start/ Ничего / Другое _____
20. Статус трудоустройства:	<input type="checkbox"/> Полная ставка <input type="checkbox"/> Ищу работу <input type="checkbox"/> Полставки <input type="checkbox"/> Не ищу работу	<input type="checkbox"/> Полная ставка <input type="checkbox"/> Ищу работу <input type="checkbox"/> Полставки <input type="checkbox"/> Не ищу работу
21. Родитель является:	<input type="checkbox"/> Мигрантом/сезонным рабочим на ферме	<input type="checkbox"/> Мигрантом/сезонным рабочим на ферме

Информация о семье Предоставьте информацию обо всей семье, обеспечивающей содержание ребёнка; не ограничивается Информацией о Родителях, предоставленной выше.

22. Общий доход за предыдущие 12 месяцев: \$ _____ и текущий общий месячный доход: \$ _____
23. Количество человек в семье, живущих на этот доход: _____ FPL _____%

a) Check if family is over income:

b) If child is from over income family, please check risk factors for why child qualifies for ECEAP:
 Child is at risk due to environmental factors.
 Child is at risk due to developmental factors.

24. Источник дохода (отметьте всё, что подходит):
 Зарплата Платежи на ребёнка Пенсия и/или пособие социального обеспечения
 Доп. пособие соц. обеспечения (SSI) Пособие по безработице Алименты/платежи на содержание супруга
 WorkFirst/TANF денежная помощь (ID номер клиента: _____) WorkFirst неденежная гос. помощь
 Другое: _____
25. Семья получает дотации на детей: Да Нет

ECEAP Форма для Зачисления Ребёнка
(продолжение)

**Double-Boxed Areas are for
Contractor/Site Staff Use Only
Места в двойной рамке только для
служебного пользования**

26. Семья пользуется следующими программами помощи (отметьте всё, что подходит):
 Продуктовые талоны Пункты выдачи продуктов WIC Дотации на жильё Приют для бездомных
 Помощь на отопление Насилие в семье Другие местные программы (пожалуйста, уточните): _____
27. Пожалуйста, ответьте на вопросы "а" and "b" ниже:
 а) Семья зачислена в следующие медицинские/зубоврачебные страховые программы (отметьте всё, что подходит):
 Healthy Options Медикейд Washington Basic Health Plan Частная медицинская страховка
 Частная зубоврачебная страховка Другие медицинские страховые планы, медицинская/зубоврачебная страховка: _____
 Нет страховки
- б) Семья в настоящее время пользуется следующими программами медицинского обслуживания (отметьте всё, что подходит):
 First Steps Планирование семьи и репродуктивное обслуживание Программа лечения наркомании
 Другие программы медицинского обслуживания для семьи : _____ Ничем
28. У семьи есть медработник, предоставляющий основное обслуживание: Да Нет

Информация о медицинском/зубоврачебном обслуживании ребёнка *Предоставьте информацию о медицинском/зубоврачебном обслуживании ребёнка на время зачисления.*

29. Ребёнок зачислен в следующие медицинские/зубоврачебные страховые программы и/или в программы медицинского обслуживания для детей (отметьте всё, что подходит):
 Healthy Kids Медикейд Washington Basic Health Plan Children's Health Insurance Program (CHIP)
 Частная медицинская страховка Частная зубоврачебная страховка
 Другие медицинские страховые планы, медицинская/зубоврачебная страховка: _____ Нет страховки
30. У ребёнка есть медработник, предоставляющий основное обслуживание: Да Нет
31. Дата последнего медосмотра до первого обслуживания: ___/___/___

If date of last medical exam is greater than one year prior to first service date or left blank, provide date medical exam completed while in ECEAP (**MUST be completed within 90 days of the first service date**): ___/___/___

32. Дата последнего зубоврачебного осмотра до первого обслуживания: ___/___/___

If date of last dental exam is greater than six months prior to first service date or left blank, provide date medical exam completed while in ECEAP (**MUST be completed within 90 days of the first service date**): ___/___/___

33. Ребёнку сделаны все **необходимые в его возрасте** прививки (согласно Графику Прививок DOH): (Закон штата Вашингтон, RCW 28A.210.160, требует, чтобы в школах, дошкольных учреждениях или детских учреждениях, которые дети посещают, на каждого ребёнка имелась заполненная Справка о Статусе Прививок): Да Нет

а) Если у ребёнка нет всех прививок, пожалуйста, укажите, какие прививки необходимо сделать:

- Гепатит В Дифтерит Столбняк Коклюш Н. Инфлуэнца Типа В Полиомиелит Корь, Свинка, Краснуха

б) If child not fully immunized at time of enrollment, date child became fully immunized while in ECEAP: ___/___/___

с) If child is not immunized, a DOH required Statement of Exemption to Immunization Law is signed and on file: Yes No

Provide date exemption submitted: ___/___/___

Я удостоверяю, что вышеизложенная информация является верной и точной. Программа ECEAP финансируется фондами штата и федеральными фондами; отсюда следует, что предоставленная информация должна частично или полностью сообщаться другим учреждениям штата и/или федеральным учреждениям. Кроме того, информация может быть предоставлена негосударственным компаниям, занимающимся исследованиями по контракту с Department of Community, Trade, and Economic Development (Отделом Населения, Торговли и Экономического Развития). Информация будет храниться конфиденциально в той степени, которая требуется или разрешается законодательством штата и федеральным законодательством.

ПОДПИСИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НА ВСЕХ ТРЁХ СТРОЧКАХ.

34. _____ Дата
Подпись родителя или опекуна

35. _____ Дата
Подпись лица, проводившего интервью

36. _____ Дата
Подпись лица, подтвердившего доход, установившего право на программу

Enrollment Information

37. Enrollment date: ___/___/___

38. Was child enrolled last year? Yes No

39. Child will be transported by ECEAP: One way Both ways Not transported by ECEAP

40. Site code: _____ First service date: ___/___/___ Exit date: ___/___/___

Transfers/Returns

41. Transfer/ Return site code: _____ Transfer/ Return service date: ___/___/___ Exit date: ___/___/___

42. Transfer/ Return site code: _____ Transfer/ Return service date: ___/___/___ Exit date: ___/___/___

43. Form type: New enrollment Update medical-dental Update transfer or return Notify that child exited